



Personalien:

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
 Tel. Privat _____ Tel. Geschäft: _____
 Natel: _____ E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____
 AHV-Nummer: _____ Zahnversicherung: Ja Nein

Wir bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen (alle Angaben sind vertraulich):

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung/Spital? Ja Nein
 Nehmen Sie irgendwelche Medikamente regelmässig ein? Ja Nein
 Medikamentenliste: _____

 Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel: _____
 Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel oder neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein
 Sind Sie Raucher? Ja Nein
 Pkg pro Tag? _____ Wie viele Jahre? _____
 Sind Sie alkoholsüchtig/drogensüchtig? Ja Nein
 Haben Sie zurzeit oder hatten Sie je eine der folgenden Krankheiten:
 Ohnmachtsneigung Ja Nein
 Osteoporose. Therapie mit Bisphosphonaten (z.B. Actonel, Fosamax, Bonviva) Ja Nein
 Asthma, Lungenbeschwerden, Atemprobleme Ja Nein
 Diabetes Ja Nein
 Hormonelle Störung, Hormontherapie Ja Nein
 Rheumatismus Ja Nein
 Magen oder Darmgeschwür Ja Nein
 Herzbeschwerden/Herzerkrankungen Ja Nein
 Hohen oder niedrigen Blutdruck Ja Nein
 Infektionskrankheit (z.B. AIDS, Virus Hepatitis) Ja Nein
 Sind sie Abschirmungspflichtig / Endokarditis Prophylaxe? Ja Nein
 Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlung Ja Nein
 Immunsuppression Ja Nein

Zahnmedizinische Fragen

Haben Sie öfters Zahnfleischbluten? Ja Nein
 Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? Ja Nein
 Haben Sie häufig Kopf-, Nacken-, Schultern-, oder Kaumuskulatur Schmerzen? Ja Nein
 Haben Sie manchmal das Gefühl Mundgeruch zu haben? Ja Nein



Frauen

Schwangerschaft Ja Nein
Stillen Sie Ja Nein

Allergien: _____

Hausarzt: _____ Hauszahnarzt: _____

Wer bezahlt Ihre Zahnarztrechnung?

Privat Sozialamt SVA IV

Wie haben Sie von uns erfahren?

Telefonbuch Notfalltelefon Internet Tel.serch/local.ch Praxis Homepage

Empfohlen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir falls notwendig eine Lokalanästhesie gegeben wird, (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritation verschwindet in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Risiko einhergehen kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopie oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärung oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen.

Bei Zahlungsverzug und anderen Rechtsstreitigkeiten können Patientendaten allen zuständigen Instanzen z.B. Versicherung, Inkassofirmen, Betreibungsämtern oder Gerichten zugestellt werden.

Bei Ratenzahlung wird eine Gebühr von 1% erhoben.

Gossau, _____
Datum

Unterschrift